(Aus der Königl. Frauenklinik zu Halle a. S.
Direktor Geh. Med.-Rat Prof. Dr. J. Veit.)

Ein Fall von Uterus bicornis mit atretischem Nebenhorn.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medizin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität

Halle-Wittenberg

Sonnabend, den 4. März 1911, nachmittags 4 Uhr

öffentlich vortragen wird

Jakow Podpach
aus **Chabarowks** a. Amour (Sibirien).

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

Halle a. S.
Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.
1911.

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Halle-Wittenberg.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **J. Veit.**

Fraenkel
z. Z. Dekan.

Meinen lieben Eltern in Dankbarkeit
gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544709_0012

An keinem anderen Teil des menschlichen Körpers wird ein abnormer Bau und Missbildung wohl so häufig angetroffen, wie im Bereich der weiblichen Genitalien.

Diese Missbildungen der weiblichen Genitalien zeichnen sich des Weiteren vor den Missbildungen an anderen Organen dadurch aus, dass ihnen neben der wissenschaftlichen sehr häufig auch eine grosse praktische Bedeutung zukommt. Es sei in dieser Beziehung hier nur an die verschiedenen Atresien und Doppelbildungen im Verlaufe des weiblichen Genitaltractus erinnert.

Zu dieser Art von Missbildungen, denen neben der wissenschaftlichen auch eine erhebliche praktische Bedeutung zuzuerkennen ist, gehört der Uterus bicornis mit Atresie des Nebenhorns.

Wegen der Wichtigkeit dieser Erkrankung und bei der Seltenheit der bis jetzt beschriebenen Fälle will ich im Folgenden einen solchen in der Frauenklinik zu Halle a. S. beobachteten Fall von Uterus bicornis mit atretischem Nebenhorn beschreiben und daran einige allgemeine Betrachtungen über die Klinik und die Entstehung dieser Missbildung anknüpfen.

Es soll jetzt zunächst der Fall geschildert werden und zwar will ich mit seinen klinischen Erscheinungen beginnen.

Die betreffende Frau M. B. wurde am 17. Februar 1905 zum ersten Male in die Königl. Frauenklinik zu Halle a. S. aufgenommen. Anamnestisch liess sich folgendes feststellen: Die Patientin ist 41 Jahre alt, sie ist stets gesund gewesen. Die Menses traten erst mit dem 17. Jahre auf, sie waren dann aber immer regelmässig, alle vier Wochen einsetzend und 3—6 Tage dauernd. Zu Ende der Periode machten

sich stets sehr heftige Schmerzen im Leibe geltend. Die Patientin hat sechs normale Geburten durchgemacht; die letzte Entbindung war März 1904.

Jetzt bei der Aufnahme klagt die Patientin über das Auftreten von Kreuzschmerzen bei der Arbeit und nach längerem Gehen. Besonders aber sind es die sehr heftigen Schmerzen zu Ende der Periode, die die Frau jetzt die Klinik aufsuchen lassen.

Bei der Aufnahme lässt sich folgender Befund erheben: Frau M. B. ist eine kräftige und gut gebaute Frau in gutem Ernährungszustand. Herz und Lunge zeigen keine pathologischen Veränderungen. Das Abdomen und die Bauchdecken weisen alte Striae auf. Es besteht ein alter Dammriss. Die Vulva klafft. Ein geringer Vorfall der vorderen Scheidenwand ist bei weiter Vagina vorhanden. Die Portio ist quer gespalten und der äussere Muttermund für eine Fingerkuppe durchgängig; der innere Muttermund ist geschlossen. Der nicht vergrösserte Uterus ist anteflektiert. Rechts etwas oberhalb des inneren Muttermundes, dem Uterus unmittelbar anliegend, findet sich ein derber Tumor von Wallnussgrösse. Die Parametrien und der Douglas sind frei. Tuben und Ovarien dagegen erscheinen in einem hühnereigrossen Tumor von prallelastischer Konsistenz verwandelt. Die Diagnose wurde auf Tumor tubo-ovarialis duplex gestellt. Die Behandlung der Patientin bestand im Einlegen eines Laminariastiftes am 21. II. 05. Am nächsten Tage erfolgte die Austastung und Ausschabung des Uterus. Die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung des durch das Curretement gewonnenen Uterusinhaltes zeigte eine starke Vermehrung der wenig geschlängelten und etwas vergrösserten Drüsen. Das Interstitium weist viele Hämorhagien und wenig Zellwucherung auf. Das Drüsenepithel ist überall einschichtig und ohne Besonderheiten. Keime wurden nicht gefunden. Von weiteren operativen Massnahmen ist damals Abstand genommen worden. Am 6. III. 05 wurde die Patientin entlassen. Etwa 4 Monate später, am 13. VII. 05 kam die Patientin

wieder zur Aufnahme mit Klagen über Schmerzen, die seit unbestimmter Zeit in der linken Unterleibsgegend aufgetreten waren.

Der diesmalige Aufnahmebefund war folgender: Äussere Genitalien wie bei der ersten Aufnahme (17. II 05) Portio knollig, dick und 2 cm lang. Cervicalkanal ist nicht durchgängig. Der Uterus ist anteflektiert und etwas vergrössert. Direkt an den Uterus anschliessend besteht nach links hin ein kinderfaustgrosser, schmerzhafter Tumor, der bis zu der linken Beckenwand reicht und sich nicht bewegen lässt. Die rechten Adnexe sind ohne Befund. Die Diagnose lautet infolgedessen auf Tumor tubo-ovarialis sinister.

Auf Grund dieser Diagnose wurde am 15. VII. 05 die Salpingektomia sinistra vorgenommen. (Oberarzt Dr. Freund.) Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentieren sich zwei Tumoren, von denen der rechte gleich als Uterus erkannt wird, weil die rechten Adnexe und das lig. rotundum von ihm abgehen. Das linke Gebilde ist mit peritonitischen Cysten und mit Adhäsionen bedeckt, die zunächst gelöst werden. Man kommt nun leicht mit dem Finger in den freien Douglas. Links geht von dem Gebilde das lig. rotundum sinistrum ab, ebenso die linken Adnexe. Es muss also ein zweihörniger Uterus vorliegen. Die linken Adnexe liegen vollständig in Adhäsionen eingebettet, sie werden nur mit Mühe gelöst, das linke lig. rotundum wird unterbunden, ebenso die linken Vasa spermatica. Die Tuben werden mitsamt den peritonitischen Auflagerungen und Membranen entfernt. Die linke Uterushälfte wird durch fortlaufende Catgutnaht vernäht. Der Schluss der Bauchhöhle erfolgt in drei Etagen und zwar wird das Peritoneum mit fortlaufender Catgut genäht, die Fascie wird mit seidenen Knopfnähten und die Haut mit fortlaufender Zwirnnaht geschlossen.

In den ersten drei Tagen nach der Operation trat eine leichte Temperatursteigerung ein, die aber nicht von einer Auftreibung des Leibes oder allgemeinen peritonitischen Symptomen begleitet war. Vom 4. Tag ab war die Temperatur

wieder normal. Die Fäden der gut vernarbten Bauchwunde wurden am 10. Tage entfernt. Die Patientin wurde am 16. Tage mit breitem, anteflektierten Uterus und linken fehlenden Adnexen als geheilt entlassen.

Am 29. X. 08 suchte die Patientin zum dritten Male die Frauenklinik auf. Sie klagt jetzt über krampfartige Schmerzen in der linken Seite, die auftreten, wenn die Regel vorbei ist. Die Regel kam das letzte Mal 4 Tage zu spät. Der Aufnahmebefund war im Ganzen derselbe, wie in oben erwähnten Krankengeschichten, nur fand sich jetzt ein Ektropium der vorderen Muttermundlippe, auch bestanden ausgedehnte Verwachsungen und Narben im linken Parametrium und im Douglas. Die charakterisierte Art der Beschwerden d. h. die krampfartigen Schmerzen in der linken Unterleibsseite unmittelbar nach der Regel, wies darauf hin, dass die Ursache der Beschwerden und Schmerzen in dem schon früher diagnostierten Uterus bicornis zu suchen sei. Infolgedessen wurde für den 2. XI. 09 die vaginale Uterusextirpation beschlossen. Da der Uterus aber sehr schlecht beweglich war und zu beiden Seiten Verwachsungen bestanden, wurde schliesslich doch von der vaginalen Extirpation abgesehen und die abdominale gemacht. Die Bauchhöhle wurde in der Linea alba eröffnet. Es zeigte sich, dass der Uterus in ausgedehnten Verwachsungen eingebettet war, die vor allen Dingen nach dem Rectum hin bestanden. Nach links sass dem Uterus ein wallnussgrosser derber Knoten auf. Wie sich später herausstellte, handelte es sich hierbei um das Nebenhorn eines Uterus bicornis. Die Verwachsungen wurden, soweit wie möglich, stumpf gelöst, die derben schwieligen Verwachsungen nach dem linken Parametrium hin mussten jedoch abgeklemmt und durchgeschnitten werden. Das lig. rotundum und infundibulo-pelvicum wurde ebenfalls abgeklemmt und durchgeschnitten. Die Klemmen wurden durch Seidenunterbindungen ersetzt; das Parametrium wurde gleichfalls abgeklemmt und unterbunden. Das Herauspräparieren des Uterus war wegen der vielen Verwachsungen sehr schwierig. Da-

nach wurde die Scheide eröffnet, völlig durchtrennt und der Uterus herausgenommen. Die noch blutenden Stellen in der Tiefe der Parametrien wurden mit Klemmen gefasst und mit Seide unterbunden. Operateur war Herr Geheimrat Prof. Dr. Veit. In den Grund der Wunde wurden Jodoformgazestreifen eingelegt und zur Vulva herausgeleitet. Der Schluss der Bauchwunde erfolgte in der üblichen Weise in drei Etagen mit Catgut, Seide und Zwirn. Rekonvalescenz war ungestört. Die Entfernung der Jodoformgazestreifen erfolgte nach wenigen Tagen. Der Entlassungsbefund am 18. XI. 09 war folgender: Leibwunde fest und primär verheilt. Scheidenwunde noch nicht geschlossen, sonst aber ohne Besonderheiten. Subjektiv waren keine Beschwerden mehr vorhanden. Der herausgenommene Uterus bot folgendes Bild: Makroskopisch sieht man einen übergänseeigrossen Uterus, dessen Körper durch eine fundale Furche in zwei ungleiche Teile getrennt ist, sodass er das typische Bild eines Uterus bicornis bietet. Die rechte Hälfte ist grösser und vor allem länger wie die linke. Sie nimmt nach unten in ihrer Breite ab. Die Breite des Fundus uteri mit dem Tumor beträgt 9 cm, 4 cm entfallen davon auf den Tumor. Die Entfernung vom os externum bis zur fundalen Einsattlung beträgt 8 cm, wovon auf Cervix 3 cm zu rechnen sind. Ganz oben und rechts setzen die rechten Adnexe an. Sie sind nach oben und hinten umgebogen; die Tube ist ca. 4 cm lang, nicht verdickt. Das rechte Ovarium liegt mit der Tube der hinteren Fläche des Uterus an, hat ovale Form und enthält ein erbsengrosses Corpus luteum. Neben dem Ovarium befinden sich auf dem peritonealen Überzug des Uterus zwei kleine Cysten. Die hintere Fläche des Uterus zeigt ausgedehnte Verwachsungen. Das rechte lig. rotundum setzt sich weiter vorn dem Fundus uteri an. Das linke kuglige Gebilde grenzt unmittelbar an die fundale Furche des Uterus an. Der Durchmesser in paralleler Richtung mit der Uterusachse gemessen, beträgt 4 cm. Auch der kuglige Tumor links ist mit peritonitischen Cysten und Adhäsionen bedeckt. Es fehlen die linken Andexe

die, wie bereits erwähnt, früher operativ entfernt wurden (Salpingektomia sinistra). Um eine genaue Übersicht zu ermöglichen, wird das Präparat durch einen transversalen Schnitt in zwei Hälften, in eine vordere und eine hintere getrennt. Der früher als rechte Hälfte bezeichnete Teil des Präparates erweist sich jetzt als eigentlicher Uteruskörper, der mit seinen Lumen gradlinig in die Cervix übergeht. Die Uterushöhle und der Cervicalkanal sind mit normaler Schleimhaut ausgekleidet. Die links vom fundalen Einschnitt gelegene Hälfte sitzt breitbasig der linken Seite des Uteruskörpers an. In der Mitte dieses linken Tumors befindet sich eine linsengrosse Höhle, die mit einem Blutcoagulum von braunroter Farbe ausgefüllt ist. Die Höhle ist $^1/_2$ cm lang, $^1/_4$ cm breit und ganz glattrandig. Die muskulöse Wand ist 2 cm dick und besteht anscheinend aus normaler Uterusmuskulatur. Die Fasern umgeben die Höhle in konzentrischer Lage, kreuzen sich dann 2 cm unterhalb der fundalen Einsenkung und verschwinden dann weiter oben gänzlich in der Uterusmuskulatur. Beiden Hälften gemeinsam ist eine breite Lage subseröser Längsmuskelbündel. Eine Kommunikation der Uterushöhle mit der Nebenhöhle ist nicht erkennbar, ebensowenig eine der Nebenhöhle mit dem Cervicalkanal. Zur mikroskopischen Untersuchung wurden zunächst Präparate von der Wand des atretischen Nebenhornes angefertigt, vor allen Dingen von seiner Schleimhaut. Weiterhin wurde eine grosse Anzahl von Schnitten angelegt, um eine evtl. Verbindung der Nebenhöhle mit der eigentlichen Uterushöhle oder dem Cervicalkanal festzustellen. Die Lage dieser Schnitte ist auf der Skizze bei A ersichtlich. Die mikroskopischen Präparate wurden in der Weise hergestellt, dass die herausgeschnittenen Stückchen in Alkohol gehärtet und in Paraffin eingebettet wurden. Dann wurden mittels Schlittenmikrotoms mikroskopische Schnitte von 10 μ Dicke angefertigt. Diese Schnitte wurden mit Häemalaun und Eosin gefärbt. Ein grosser Teil derselben wurde nach Vorschrift von Unna-Pappenheim behandelt, um Plasmazellen nachweisen zu können.

Die mikroskopische Untersuchung des Nebenhornes ergab, dass sein Lumen mit einer typischen Uterusschleimhaut ausgekleidet ist, die etwa 1 mm dick ist und eine grosse Menge von Drüsen enthält, deren Bau dem der Uterusdrüsen genau gleicht, das heisst, sie werden gebildet von einer einzelnen Lage Zylinderepithel. Die Kerne sind länglich und befinden sich in der Mitte der Zellen. Die Drüsen sind stark vermehrt; die Zwischendrüsensubstanz beträgt an den meisten Stellen etwa die Hälfte der Ausdehnung der Drüsenlumina, an manchen Stellen noch weniger. Die Drüsen selbst sind zum Teil erweitert und mit Sekret gefüllt, einige sind geschlängelt. Auf der Schleimhaut liegt eine Masse, die sich aus Fibrin und roten und weissen Blutkörperchen zusammensetzt. In der Schleimhaut werden verschiedene mit Blutpigment imprägnierte Stellen gefunden. Plasmazellen oder sicher entzündliche Erscheinungen sind in der Schleimhaut nicht nachweisbar. Es handelt sich zweifellos bei dem Lumen im Nebenhorn um eine Uterushöhle mit wohlausgebildeter Uterusschleimhaut, die, wie aus den Drüsenwucherungen und aus den nachweislichen Blutbestandteilen mit Sicherheit hervorgeht, auch menstruiert hat. Entzündliche Erscheinungen sind nicht sicher vorhanden. Auffallend ist, dass die Drüsen sehr weit in die Muskulatur hineinreichen. Die Wand des Nebenhornes und sein Aufbau unterscheiden sich in nichts von dem Bau einer normalen Uteruswand. Interessant ist es, dass sich an einigen Stellen in der Wand des Nebenhornes mikroskopisch kleine Myomanlagen finden. Dass es sich bei dem ganzen Nebenhorn nicht um ein Myom, sondern um ein wirkliches Nebenhorn handelt, ist durch Nachweis menstruierender Uterusschleimhaut über allen Zweifel sicher gestellt. Der grösste Teil der Schnitte wurde bei A (siehe Skizze) angelegt, um eine evtl. Verbindung der Nebenhornhöhle mit der Uterushöhle oder dem Cervicalkanal nachzuweisen, resp. um die Ursache für eine evtl. Atresie des Nebenhornes aufzufinden. In den zu diesem Zweck angefertigten Präparaten fand sich in vielen ein kleiner Kanal, der mit

einer einfachen Lage Zylinderzellen ausgekleidet war, sonst war nichts Besonderes an ihm zu sehen. Dieser Kanal befand sich weit lateral in der Höhe der Cervixe an der in der Skizze mit B bezeichneten Stelle. Wegen der Lage und des Baues dieses Kanals wurde angenommen, dass es sich um den Gartnerschen Gang handelt. Eine Verbindung zwischen Höhle und Nebenhorn und der eigentlichen Uterushöhle oder dem Cervicalkanal war nirgends festzustellen. Die Hälfte der hier gemachten mikroskopischen Präparate, wurde wie vorher bereits erwähnt, nach Unna-Pappenheim gefärbt, um evtl. Plasmazellen nachzuweisen, welche aber mit Sicherheit nicht zu finden waren. Der Befund solcher Plasmazellen wäre von grosser Bedeutung gewesen und zwar für die Aetiologie der Atresie des Nebenhorns. Bei Vorhandensein derselben wäre der Schluss erlaubt gewesen, dass entzündliche Prozesse beim Verschluss des Nebenhornes eine grosse Rolle gespielt hätten.

Die makroskopische und mikroskopische Betrachtung des Präparates hat also ergeben, dass es sich dabei um einen Uterus bicornis mit Atresie des rudimentären Nebenhorns handelt. Ich will jetzt die bisher in der Literatur niedergelegten Fälle von Haematometra im rudimentären Horn des Uterus bicornis, die älteren im Auszuge nach Kehrer und Boye, die neueren, soweit sie mir zugänglich waren, ausführlich besprechen. Als ältesten Fall fand ich in der Literatur erwähnt einen Fall von Stolz. Livius Fürst referiert darüber, wie folgt: Von dem unteren Teil des linken Randes dieses (rechten) Hornes ging ein solides Rudiment des linken Hornes in Gestalt eines fibrösen Stranges aus, der in einem fleischigen taubeneigrossen Kolben endete. Im letzteren befand sich eine Höhle von der Grösse einer Mandel, die einen fibrösen Blutpfropf und entfärbtes Blut enthielt und mit dem Collum nicht zusammenhing. Am kolbigen Ende dieses Rudimentes sass eine solide auf einem länglichen, abgeplatteten, bläschenlosen Ovarium liegende Tube und ein normales lig. rotumdum.

Anders verhielt es sich in dem Falle von Hegar. Es betraf hier ein 26jähriges Mädchen, das seit 14 Jahren regelmässig ohne Schmerzen menstruiert hatte. Im Alter von 25 Jahren unternahm die Patientin 14 Tage nach der Menses einen anstrengenden Spaziergang bei schlechtem Wetter. Im Anschluss hieran stellten sich starke Schmerzen im Unterleib sowohl während der Menses, als auch in den Intervallen ein. Kurz darnach steigerten sich die Schmerzen so, dass sie unter den Symptomen einer subakuten Peritonitis das Bett hüten musste. Bei der Untersuchung wurde oberhalb der Beckeneingangsebene rechts ein gänseeigrosser, stark empfindlicher, abgerundeter Tumor von fester Konsistenz entdeckt, welcher durch einen 2,5—3 cm langen Strang von der Dicke einer Bleifeder mit dem Isthmus Uteri in Verbindung stand. Die Ovarien waren nicht zu palpieren, und die Gebärmutter hatte nicht die ausgesprochene Form eines Uterus unicornis. Eine sichere Stütze für die Diagnose einer Haematometra fand Hegar bei einer Probepunktion durch die Bauchdecken hindurch. Er hatte dabei das Gefühl, durch eine dicke Wand zu stechen. Die Punktionsspritze enthielt nach dem Herausziehn eine dicke, teerähnliche Blutmasse. Der Rest des Inhaltes wurde später mittels Punktion durch das rechte Scheidengewölbe hindurch entleert. Nach einiger Zeit war der Tumor nicht grösser, als eine Wallnuss. Ein weiterer Fall Hegars betraf ein 19jähriges Bauernmädchen, das seit dem 15. Jahre menstruierte. Die Menses waren stets mit Ausnahme des ersten Mals mit schweren kolikartigen Schmerzen verbunden gewesen, die mit den Jahren zugenommen hatten. Gewöhnlich dauerten sie 5 Tage mit vierwöchentlichen Intervallen. Seit 2 Jahren hatte sie Schmerzen auch in den Zwischenpausen. Bei der Untersuchung wurde rechts hinten ein apfelgrosser, etwas unregelmässig geformter, empfindlicher, beweglicher Tumor von fester Konsistenz gefühlt, der durch einen festen Strang von Bleifederdicke mit dem Uterus in Vorbindung stand. Dieser lag nach hinten und links, war unten dick, nach oben hin schmäler werdend und reichte bis

etwa 2 cm oberhalb der Stelle, wo der Verbindungsstrang des Tumors inserierte. Links wurde ein kleines Ovarium gefühlt. Durch das Scheidengewölbe hindurch wurde eine Probepunktion gemacht, hauptsächlich, um über die Dicke der Wand Aufschluss zu erhalten; diese wurde auf 1,5 cm geschätzt. Der Inhalt des Tumors bestand aus Blut.

Einen vierten Fall publizierte Meyer in einer Doktor-Dissertation aus der Frankenhäuserschen Klinik in Zürich. Ein 29jähriges Dienstmädchen, aufgenommen am 23. März 1878, war seit dem 13. Jahre menstruierend. Die Periode trat regelmässig alle 4 Wochen auf und dauerte 8 Tage. Zur Zeit der Regel machten sich heftige, krampfartige Schmerzen rechts in Abdomen geltend. Im 25. Jahre überstand die Patientin eine Peritonitis, danach kam die Periode alle 14 Tage. Vom 25.—26. Jahre setzte die Regel gänzlich aus, dann wieder monatlich wiederkehrend; nach drei Monaten folgte die Menses alle 14 Tage. Die Patientin war immer kränklich. In der Chloroformnarkose wird folgender Befund erhoben: Vom Scheidenteil des Uterus geht der etwas vergrösserte, nicht ganz frei bewegliche, nach links gelagerte Uteruskörper aus, der eine innere Länge von 7,5 cm hat. Rechts vom Uterus fühlt man einen harten, rundlichen Tumor, der tief unten mit der Cervix in Verbindung steht. Geht man mit dem Finger von der Portio vaginalis nach vorn und oben, so gelangt man an einen zweiten Tumor, der aber von vorn nach hinten elastisch und abgeplattet erscheint. Später ergibt seine Punktion schwarze Blutcoagule. Aus dem Nebenuterus, scheint es, fliesst im Juni, dunkles, stagniertes Blut per Vaginam ab. Ende Juni Peritonitis, die mit Exitus endet. Am 8. Juli Sektion: Akute Peritonitis. Nach Eröffnung der Scheide und des Uterus zeigt sich in der rechten Seitenwand des inneren Muttermundes eine ca. hirsekorngrosse, runde Öffnung mit regelmässigen Rändern. Durch diese gelangt man in einen ca. apfelgrossen, durch den Uterus auf die rechte Seite verdrängten Sack (Neben-Uterus), in dem sich an den Wandungen ziemlich fest adhäsierende, alte,

linsengrosse Blutgerinnsel zeigen. Es liegt ein unzweifelhafter Fall von Uterus bicornis vor. Die rechte Tube ist ein mit Jauche gefüllter Sack von fast Kindeskopf Grösse.

Ferner findet sich in derselben Dissertation folgender Fall. Er betraf ein 26jähriges Dienstmädchen. Die Menses stellten sich mit 15 Jahren ein, traten regelmässig mit vierwöchentlichen Intervallen auf, waren aber von wechselnder Intensität und Dauer. Gewöhnlich war erst die Blutung 1—2 Tage ziemlich stark, setzte dann 1—2 Tage aus, um sich dann wieder 1—2 Tage profus zu gestalten. Am ersten und zweiten Tag hatte die Patientin keine Schmerzen, dieselben stellten sich erst gewöhnlich am dritten Tage ein, wenn die Blutung aufhörte und waren dann mit einem Gefühl von Brennen über der Symphyse, von Schneiden in der rechten Ovarialgegend und Krampf um den Nabel herum und im Epigastrium verbunden. Wenn die Blutung sich wieder einstellte, verschwanden die Schmerzen regelmässig. Noch in einer anderen Hinsicht erweckt ihre Anamnese Interesse: Etwa in der Mitte der Zeit zwischen zwei aufeinanderfolgenden Menstruationen entleerte sich einige Tage lang durch die Scheide eine weissliche, schleimige Flüssigkeit, welche am dritten Tage leicht mit Blut gemischt war. Sonst wurde die Patientin von Ausflüssen nicht belästigt. Der Status praesens war folgender: Ein mit der Portio vaginalis in Verbindung stehender Uteruskörper liegt latero-anteflektiert im linken vorderen Scheidegewölbe. Er ist von normaler Grösse, gegen das Ende zugespitzt. Die innere Länge beträgt 7,5 cm. Einen ähnlichen Fall veröffentlichte v. Czerny. Der anatomische Befund lautete: Uterus bicornis unicollis, Haematometra dextra, Haematosalpinx dextra, bystische Entartung des Ovarimus. Der dem Tubenende entsprechende Cystenteil war halb um die Achse gedreht. Links: Catarrhl. Schwellung der Tube und kleincystische Degeneration des Ovariums; Heilung.

Bei einem 22jährigen Mädchen fand weiterhin A. Calmann gelegentlich einer Laparotomie ein rudimentäres Uterus-

horn mit Haematometra. Die Tube war atretisch ohne Kommunikation mit dem Uterushorn, von Hühnereigrösse, geschlängelt und enthielt Blut, wobei die Wand stark verdickt war. Die Schmerzen hörten trotz der Laparotomie nicht auf, daher wurde am 14. März 1894 abermals eine Laparotomie vorgenommen, wobei der ganze Tumor exstirpiert wurde. Er war 9 cm lang von Sanduhrform. Die beiden Höhlen kommunizieren miteinander, sie verhielten sich makroskopisch wie Corpus und Cervicalteil einer gewöhnlichen Gebärmutter mit einer dem os internum entsprechenden Einschnürung. Die mikroskopische Untersuchung des dem Korpus entsprechenden Teiles zeigte eine wohlerhaltene Korpusschleimhaut; in den obersten Schichten des interglandulären Gewebes ein bräunliches Pigment, das als Rest der menstruellen Blutung aufgefasst wurde. Der der Cervix entsprechende Teil des Tumors zeigte in Bezug auf die Schleimhaut eigentümliche Verhältnisse, indem neben einer starken Drüsenentwicklung eine atypische Epithelzellenwucherung angetroffen wurde, derart, dass sich an mehreren Stellen anstatt des Cylinderepithels ein kleinschichtiges, typisches, den Epithelsprossen der Epidermis ähnliches Plattenepithel fand. Eine Untersuchung auf Cilien scheint nicht gemacht worden zu sein. Eine Kommunikation mit dem entwickelten Horn war nicht zu entdecken.

Einen ähnlichen Fall erwähnt Engström. Die Patientin H. N. kam 28. III. 1899 zur Konsultation. Diagnose: Endometritis, myoma uteri. Periophoritis sinistra residua parametritis sinistrae. Bei Eröffnung der Bauchhöhle erweist sich die Diagnose in topographischer Hinsicht als richtig, nur stellt sich der als gestieltes Myom aufgefasste Tumor, als ein rudimentäres Uterushorn heraus. Bei Untersuchung des Tumors zeigt es sich, dass das Gewebe sowohl äusserlich, als auch beim Einschneiden völlig dem eines normalen Uterus gleicht. Kommunikationen mit der Tube oder der Uterushöhle lassen sich makroskopisch nicht nachweisen.

Ferner möchte ich noch den Fall Heils aus Darmstadt erwähnen. Patientin hatte viermal spontan geboren; die Menses

gehen mit Schmerzen in der linken Seite einher. Hier war auch ein Tumor zu fühlen; er war doppelt so gross, wie das rechtsseitige Uterushorn und wurde für ein Ovarial dermoid gehalten. Die sehr dünne lig. rotunda entging der Palpation. Die richtige Diagnose wurde nach Eröffnung des Peritoneums sofort gestellt. Es wurde das rudimentäre Horn extirpiert mit Entfernung der linksseitigen Adnexe, Reaktionslose Heilung.

Endlich sei noch über drei in der Königl. Frauenklinik zu Halle a. S. bereits früher beobachtete Fälle von Kaeseberg und R. Freund (2 Fälle) berichtet. Im Kaesebergschen Falle handelt es sich um eine Fr. Bertha L., 21 Jahr alt; sie wurde im Juli 1906 in die Frauenklinik zu Halle aufgenommen.

Die Anamnese ergab, dass Patientin in frühester Jugend Masern und Scharlach, im 15. Lebensjahre Influenza durchgemacht hatte. Sonst ist sie stets gesund gewesen. Die erste Menstruation trat im 16. Jahre ein, und zwar kehrten die Menses alle 4 Wochen wieder und dauerten bis zu 5 Tagen. Schon damals litt sie an heftigen Schmerzen in der linken Seite während der ganzen Periode. Diese nahmen mit den Jahren. besonders nach der zweiten, normal verlaufenen Geburt am 28. September 1905 an Intensität immer zu. Zur Zeit der Aufnahme traten sie in fast unerträglicher Stärke auf, und zwar nicht nur während der Menstruation, sondern auch in den Intervallen, besonders beim Stuhlgang und beim Heben und Tragen. Bei der Untersuchung fand man eine sonst gesunde, normal entwickelte Frau. Die Vulva klaffte, die Scheide war weit. Rechts fand sich an der Portio ein Einriss. Der Uterus war vergrössert, von knolliger Form und befand sich in Retroflexio. Links vorn fühlte man in der Uteruswand einen Tumor. An den Adnexen war nichts pathologisches nachweisbar. Die Diagnose wurde auf Myom gestellt. Wegen der Schwere der Symptome wurde beschlossen, diesen Tumor zu enuclelieren oder excidieren (Geheimrat Veit). Die Operation eine kolpotomia anterior, verlief laut Protokoll folgendermassen: Nach Zurückschieben der Blase und Eröffnung des Peritoneums erweist sich der Uterus auf

der linken Seite im Douglasschen Raum als adhaerent. Die Adhäsionen werden stumpf gelöst und nun der Uterns durch Kletternähte vor die Vulva gezogen. Es zeigt sich nun, dass der eigentliche Uterus rechts sitzt und links anscheinend ein Myom in der Wand enthält. Auf dieses vermeintliche Myom wird eingeschnitten und überraschender Weise gelangt man in eine mit Blut gefüllte, mit Schleimhaut ausgekleidete, rings abgeschlossene Höhle. Es handelt sich also wahrscheinlich um ein atretisches Nebenhorn oder um ein cystisches Myom. Nun wird dieses umschnitten und mitsamt der ganzen Höhle extirpiert. Das Wundbett wird durch versenkte Seitennähte ziemlich nahe zusammengezogen und dann das Peritoneum darüber mit fortlaufender Catgut vernäht. Reposition des Uterus in die Bauchhöhle, Vernähen der Scheidenwunde mit Catgut-Kopfnähten. Nach 10 Tagen wird die Patientin als geheilt entlassen.

Sehr interessante Fälle berichtet R. Freund. Der erste Fall zeigt uns eine Schwangerschaft vom dritten Monat mit lebendem Foetus in einem atretischen Nebenhorn; Frau W. 21 Jahre alt, stets gesund und seit dem 15. Jahre regelmässig mensturierend, hat zweimal spontan geboren. Seit Monaten Amenorrhoe; vier Wochen vor Eintritt in die Klinik nach und nach zunehmende Leibschmerzen, die sich von der rechten Seite nach der Bauchmitte ziehen. In letzter Zeit will sie einmal einen kleinen Ohnmachtsanfall und zweimal minimale Blutabgänge gehabt haben. Status: sehr kleine schwächliche Person. Brustorgane o. B. Entwicklungsstörungen nicht nachweisbar; Vagina aufgelockert und livid, starke Pulsation der Gefässe. Dem nach links zur Seite abgebogenem mässig vergrössertem Uterus liegt auf der rechten Kante ein übermannesfaustgrosser, blasenartig weicher Tumor ganz breitblasig auf. Da hiernach an dem Bestehen einer ektopischen Gravidität nicht gezweifelt werden konnte, wurde von weiteren präzisierenden Untersuchungsmethoden abgesehen und die Diagnose auf wahrscheinlich lebende interstitielle Tubenschwangerschaft gestellt. Bei der Laparotomie fand sich der

blaurote, weiche, überfaustgrosse Tumor im Douglas leicht adhärent. Kein freies Blut war in der Peritonealhöhle zu sehen. Eine stärkere Netzadhäsion befand sich an der hinteren oberen medialen Partie des Tumors, dessen bräunliche Verfärbung bis in den äusseren Saum des verlöteten Netzgipfels reichte. Aus dieser blutrünstigen Stelle sickerte bei vorsichtigem Herausheben des allseitig klar gemachten Tumors wenig dunkles Blut hervor. Im nächsten Augenblick riss diese Stelle ein, worauf unter starker Retraktion der Fruchthalterwandungen ein drei Monate alter, lebender Fötus mit seiner Placenta, die des serotinalen Überzuges entbehrte, herausgeschleudert wurde. Der mit seinen Anhängen jetzt exstirpierte Fruchtsack liess sich uteruswärts nicht stielen, so dass hier die Abtragungsstelle in das Uterusfleisch verlegt und dieser, muskulöser, ziemlich blutender Stumpf mit mehreren starken Catgutknopfnähten versorgt werden musste. Der Heilungsverlauf war ein glatter. Die Patientin wurde am 16. Tage entlassen und stellte sich bei bestem Wohlergehen später in der poliklinischen Sprechstunde wieder vor.

Im zweiten Fall von R. Freund handelte es sich um eine Haematometra im linken rudimentären atretischen Horn eines Uterus unicornis. R. Freund beschreibt ihn folgendermassen: Anamnese: Frau B., 44 Jahre alt, Nullipara; stets gesund gewesen. Menses seit dem 15. Jahre, regelmässig schwach, ohne Beschwerden; im 18. Jahre nach einem Sturz unregelmässige Perioden, nach weiteren 4 Jahren wieder regelmässig aber stark und mit Kreuzschmerzen. Seit dem 23. Jahre steril verheiratet. Im 31. Jahr (Januar 1890) kam sie wegen stärkerer Kreuz-Leibschmerzen, die anfallweise oft 5—6 Tage dauerten, in die Frauenklinik zu Halle a. S., wo ein vergrösserter Uterus und besonders linksseitig entzündlich veränderte Adnexe konstatiert wurden. Herr Prof. Kaltenbach extirpierte damals die linken Adnexe. Die Operation ist sehr schwierig gewesen, der Tumor platzte dabei und entleerte dabei eine seröse, nicht eitrige Flüssigkeit. Von weiteren operativen Massnahmen wurde damals Abstand ge-

nommen. Nach fieberhaftem Verlauf wurde Patientin als geheilt entlassen. Am 9. X. 1902, also nach nahezu 13 Jahren kam Patientin wieder zur Aufnahme mit Klagen über krampfartige Schmerzen, welche sich während der alle 3 Wochen wiederkehrenden Regel links im Unterleib und bis ins Bein hinab ausstrahlend, nach und nach stärker einstellten. Mit dem Menstrualblut gingen Stücke geronnenen Blutes ab. In den Intervallen seien in letzter Zeit die Schmerzen ebenfalls vorhanden, jedoch nicht so erheblich. Im Frühjahr 1902 hatten vorübergehend Blasenbeschwerden bestanden. Letzte Menses kurz vor Eintritt in die Klinik. Status: Gut aussehende, mässig ernährte Frau. Brust- und Bauchorgane ohne Befund. Äussere Genitalien normal gestaltet, Scheide mässig eng. Portio in der Führungslinie, ziemlich lang, zylindrisch. Muttermund geschlossen, grübchenförmig. Im kleinen Becken befindet sich eine Geschwulst, die deutlich aus zwei nahezu gleichen apfelgrossen Teilen besteht, von denen der linksseitige als Uterus angesprochen wird. Die Bewegungen der Portio teilen sich dem ganzen Tumor mit, dessen Beweglichkeit sonst aber gering ist. Die rechten Adnexe sind nicht palpabel. An Stelle der ehemaligen linken befinden sich derbe Stränge,

Die Diagnose wurde auf Myom gestellt und am 16. X. 1902 die Totalextirpation vorgenommen. (Prof. Bumm). Der zu nächst von der Vagina beschrittene Weg musste wegen des kaum zu mobilisierenden, sehr fest sitzenden Tumors aufgegeben werden. Bei der Laparotomie zeigten sich starke Netz- und Darmadhäsionen an der Stelle der ehemals extirpierten linken Adnexe. Auch die rechten Adnexe und der Tumor waren im hinteren, oberen Beckenraum adhärent. Nach Lösung und Versorgung der Verwachsungen konnte die totale Extirpation mit den rechten Adnexen leicht zu Ende geführt werden; reaktionsloser Heilungsverlauf. Patientin wurde am 16. Tage geheilt entlassen.

Im folgenden will ich nun ganz kurz über die jetzt herrschenden Anschauungen über die normale Entwicklung

der weiblichen Genitalien berichten, ebenso auch über deren pathalogische Entwicklung, soweit dies für das Verständnis des von mir berichteten Falles notwendig ist.

Die weiblichen Genitalien entwickeln sich aus dem Keimepithel, d. h. dem Epithelübergang der medialen Urnieren'sche, und den Müller'schen Gängen.

Aus dem Keimepithel entsteht die Keimdrüse und weiterhin der Eierstock. Die Müller'schen Gänge verlaufen von der Bauchhöhle zum Sinnsurogenitalis; ihr Anfangsteil liegt in der Nähe der Keimdrüsen. Aus ihm entstehen die Tuben, deren Ostium abdominale der Mündung des Müller'schen Ganges in die Bauchhöhle entspricht. Im unteren Abschnitte verschmelzen von der 8. Woche des Foetallebens an die Müller'schen Gänge der rechten und linken Seite zu einem einzigen Kanal, aus dem Uterus und Vagina entstehen.

Sehr viele Missbildungen der weiblichen Genitalien und speziell des Uterus entstehen nun durch eine Hemmung dieser normalen Entwicklung der weiblichen Genitalien. So entsteht auch die uns hier am meisten interessierende Missbildung des Uterus bicornis durch eine unvollständige Verschmelzung der Müller'schen Gänge. Um die Erforschung der hierbei sich im einzelnen abspielenden Vorgänge haben sich besonders Kussmaul, Livius Fürst, Hegar und Nagel verdient gemacht. Auf ihren Untersuchungen bauen sich die folgenden Anschauungen auf. Der Uterus bicornis entsteht darnach, wenn kurz nach der beginnenden Verschmelzung der Müller'schen Gänge eine Hemmung der weiteren regelmässigen Entwicklung eintritt, also bei Embryonen von ungefähr 2,5—3 cm Länge. Wir finden dann die Müller'schen Gänge im untersten Abschnitt bereits zu einem Kanal vereinigt (Scheide), während dies weiter oben im Bereich des Uterus noch nicht geschehen ist. Meist liegen die Verhältnisse so, dass auch ein gemeinsamer Cervicalkanal vorliegt und die mangelnde Vereinigung der beiden Müller'schen Gänge erst weiter oberhalb eintritt. Wir reden dann von einem Uterus bicornis unicollis.

Tritt nun eine Verkümmerung des einen Hornes hinzu, so haben wir einen Uterus bicornis unicollis mit rudimentären Nebenhorn vor uns. Bei geringen Graden dieser Bildung stellt das Nebenhorn einen ausgehöhlten, musculösen Strang dar, welcher in einen Eileiter ausläuft, wobei das Orarium und das lig. ovarii propr. nicht fehlen. Die Abgangsstelle des Eileiters erkennt man stets am Ursprung des lig. rotundum. Dieses rudimentäre Nebenhorn entspringt also an der medialen Seite des wohlentwickelten Hornes, meist ungefähr in der Höhe des orificium internum, aber auch höher hinauf. Dabei gilt nach Kussmaul das Gesetz, dass das wohlentwickelte Horn um so näher der Mittellinie liegt, je höher der Verbindungsstrang entspringt.

Dieser Verbindungsstrang ist nun entweder solide oder kanalisiert. Es ist klar, dass sich auch hier beim Verbindungsteil der Hörner die grössten Unterschiede bemerkbar machen können. Fritsch schreibt: „Ist das eine Horn zwar entwickelt, das andere aber rudimentär, so kann das letztere dicht am Uterus anliegen, aber auch weit ab von ihm sein. Das rudimentäre Nebenhorn kann sowohl aus einer soliden, bandartigen Masse von Muskelfasern, als auch aus einem kleinen Hohlkörper bestehen". Soweit bis jetzt anatomische Untersuchungen angestellt wurden, enthielt auch das Verbindungsstück Muskulatur. Die Länge der Brücke zwischen Haupt- und Nebenhorn schwankt auch in weiten Grenzen. Ist das eine Horn nicht so stark entwickelt, als das andere, welches dann meist den eigentlichen Uterus bildet, so sprechen wir von einem asymetrischen Uterus bicornis. Das weniger entwickelte Horn nennt man das rudimentäre Nebenhorn. Es kann entweder hohl, nach der Vagina zu aber geschlossen (atretisch) oder ganz solid sein. Dementsprechend wird es entweder durch einen soliden Strang, welcher sehr lang ausgezogen sein kann, oder durch einen kleinen Hohlkörper repräsentiert, welcher, wie erwähnt, atretisch sein oder mit dem normal entwickelten Horn (dem eigentlichen Uteruskörper) kommunizieren kann. Zur differenzialdiagnostischen

Orientierung dient das lig. teres uteri, das an dem rudimentären Nebenhorn inseriert und nach unten zieht. Die Adnexe, Tube und Ovarium können an der entsprechenden Seite entweder völlig normal oder ebenfalls rudimentär sein, oder sie können auch ganz fehlen. Das rudimentäre Nebenhorn kann, ähnlich einem normalen Uterus mit einer alle physiologische Funktionen verrichtenden Schleimheit ausgekleidet sein.

Es wäre noch die Frage aufzuwerfen, welche Umstände eine Hemmung in der normalen Entwicklung des Uterus bedingen, so dass er zu einem bicornis wird. Von Grätzner wurde zuerst die foetale Peritonitis als Ursache für die Entwicklungsanomalien des Uterus herangezogen. Es wurde auch von v. Winckel das in manchen Fällen von ihm vorgefundene Lig. rectovesicale als Folge im fötalen Leben überstandener peritonitischer Prozesse. Es sind neuerdings aber Zweifel über das Vorkommen einer foetalen Bauchfellentzündung ausgesprochen worden und zwar von Pick und R. Meyer. Der letztere ist der Meinung, dass die foetale Peritonitis nur von einer bakteriellen Einwirkung herrühren kann, während Olshausen auch in dem Erguss von Urin in die Bauchhöhle eine Ursache der foetalen Peritonitis sieht. Andere Autoren haben als aetiologisches Moment auf die Syphilistoxine für die Entstehung der foetalen Peritonitis erwiesen. Mainzer vertritt den Standpunkt, dass eine Entzündung auch ohne Infektionserreger entstehen könne. Eine Kontusion des Gelenkes wäre imstande, Blutung und chronische hyperglasierende Synovitis zu erzeugen. Beim Cephalhämatom des Neonatus antworte das Periost in der Peripherie auf den Reiz des ergossenen Blutes durch subperiostale Knochenbildung.“ Fassen wir alles zusammen, so müssen wir zu dem Schluss kommen, dass das Vorkommen einer foetalen Peritonitis ohne bakteriellen Einfluss nicht als erwiesen zu betrachten ist. Will man aber eine foetale Peritonitis für die Ursache der Entwicklung des Uterus bicornis doch verwerten, so müsste sie auf alle Fälle bereits in der allerersten Zeit der embryonalen Entwicklung vorhanden gewesen sein.

Kussmaul nahm an, dass eine Schrumpfung der lig. rotunda, infolge einer hier besonders lokalisierten Entzündung Bicornität verursachen könne.

Krüger schreibt dem erwähnten Ligamentum recto vesicale eine grosse Bedeutung für die Entstehung des Uterus bicornis zu. Nach seiner Meinung verhindert es die vollständige Verschmelzung der Müller'schen Gänge.

Durch die Untersuchung von Schatz ist aber diese von Krieger aufgestellte, von Livius Fürst angenommene und dann noch weiterhin viel genannte Theorie unhaltbar geworden, wenn auch v. Winckel, Freund, Dala Rosa u. a. eine grössere Anzahl von Uteri bicornis mit sehr deutlichem Lig. vesicorectale fanden. Nach v. Winckels und Nagels Meinung soll das Band nicht Bicornität verursachen, sondern die Folge davon sein, von Orth wiederum wird es als Produkt fötaler Peritonitis angesehen.

Verschiedene Forscher betrachten als Grund für das Ausbleiben der Verschmelzung beider Müller'schen Gänge die enorme Breite des Beckens. So gehört hierher ein Fall, auf welchen Pfannenstiel aufmerksam macht, bei welchem das Becken, wie folgt, gemessen wurde: Sp. 30; Cr. 32; Tr. —,35; Cong. externa 18, 5. Bei diesem Falle waren die Müller'schen Gänge, wie er annimmt, zu weit von einander entfernt, um verschmelzen zu können. In diesem Falle fiel ihm auch ein Ligamentum auf, welches zwischen beiden Uterushälften nicht sagittal, sondern transversal verlief. Er sagt darüber: „Dieses Lig. intercervicale ist der Ausdruck für das versuchte Aneinanderlegen der Müller'schen Fäden, darf aber nicht mit dem Lig. rectovesicale verwechselt werden.“ Pfannenstiel bestätigt aber selbst, dass ein derartiger Befund zu den Seltenheiten gehört.

Wir sehen also, wie von den verschiedenen Autoren in den verschiedensten Umständen die Ursache für das Entstehen eines Uterus bicornis erblickt wird.

Man wird gut tun, zuzugeben, dass wir über die eigentliche Ursache noch völlig im Unklaren sind.

Es muss sich um Störungen in der ersten Entwicklung der Frucht handeln.

Ob diese nun aber durch eine primäre mangelhafte Anlage oder durch Vorgänge entzündlicher oder mechanischer Natur bedingt sind, muss dahin gestellt bleiben.

Etwas anders liegen die Verhältnisse bezüglich des Entstehens der Atresie. Seit den Untersuchungen Nagels und J. Veits kann nicht mehr daran gezweifelt werden, dass Entzündungen, d. h. infektiöse Prozesse bei der Entstehung der Atresien im Bereiche des weiblichen Genitalkanales die grösste Rolle spielen. In unserm Falle liess sich ja allerdings der Beweis dafür nicht erbringen, damit ist jedoch eine solche Möglichkeit durchaus noch nicht ausgeschlossen.

Diagnose, Prognose und Therapie.

Nach diesen theoretischen Betrachtungen möchte ich noch mit einigen kurzen Worten auf Diagnose, Prognose und Therapie der Haemotometra uteri bicornis unicollis eingehen. Was die Diagnose des Uterus bicornis unicollis mit Haematometra anbetrifft, so ist darüber folgendes zu sagen: Meist sind es vor, zugleich oder nach der Periode eintretende ziehende Schmerzen, welche sich besonders im Unterleib der kranken, (resp. atretischen) Seite bemerkbar machen. Häufig finden sie sich auch in den Oberschenkeln, bis zum Knie ausstrahlend oder auch in der Nierengegend und im Bereiche des Kreuzbeines. Es besteht häufiger Harndrang. Beim Wasserlassen machten sich Schmerzen geltend. Auch über Obstipation, Kopfschmerzen u. a. haben die Patientinnen zu klagen. Meist liegt zwischen dem Auftreten der ersten Periode und dem Auftreten der allgemeinen Beschwerden ein längerer Zwischenraum, während die Unterleibsschmerzen sofort auftreten. Zur Zeit der Periode steigern sich die Schmerzen, anfangs geringer, nehmen die Beschwerden an Dauer und Intensität zu und überdauern mit zunehmenden Wachstum des Tumors die Zeit der Regel, wobei sie einen wehenartigen Charakter annehmen. Die Diagnose ist nicht in jedem Fall leicht. Im

allgemeinen ist nichts abnormes an den äusseren Genitalien und an der Vagina und an der Portio zu bemerken. Bei der bimanuellen Untersuchung fühlt man neben dem Uterus einen Tumor. Dieser Tumor ist meist von fester, derber Konsistenz und wird fast nie überapfel- oder übergänseeigross. Meist ist er von rundlicher Gestalt, hat aber manchmal höckrige Prominenzen. Bei Berührung des Tumor empfinden die Patientinnen oft einen heftigen Schmerz. Differentialdiagnostisch sind vor allem Tumoren der Adnexe und Myome in Betracht zu ziehen.

Adnextumoren unterscheiden sich im allgemeinen schon durch ihre weiche, parallelastische Konsistenz von der derben nicht fluktuierenden Konsistenz des atretischen Nebenhornes. Mit Sicherheit ist die Diagnose jedoch nur durch eine genaueste bimanuelle Untersuchung eventuell in der Narkose zu stellen. Man fühlt dann dem Uteruskörper seitlich eine rundliche Geschwulst aufsitzen, die vom Fundus uteri durch eine deutliche Einsenkung getrennt ist. Das Entscheidende für die Diagnose aber ist das Verhalten der Anhänge. Handelt es sich um einen Uterus bicornis, so müssen die Anhänge auf der einen Seite vom Corpus uteri, auf der anderen aber seitlich von der Geschwulst abgehen.

Sehr schwierig kann die Differentialdiagnose gegenüber subseröser Myome werden. Hier entscheidet ebenfalls das Verhalten und die Abgangsstelle der Anhänge. Handelt es sich um ein Myom am Tubenwinkel, so kann die differentielle Diagnose unmöglich werden.

Über die Prognose ist folgendes zu sagen:

Ein spotanes Aufhören der Schmerzen und Beschwerden erscheint zum Mindesten selten zu sein. An und für sich wäre an die Möglichkeit einer Perforation zu denken, welche aber sehr selten ist.

Die Therapie kann lediglich eine operative sein. Sie muss in einer Resektion des Nebenhornes oder in einer Extirpation des ganzen Uterus bestehen. Hierfür wird so-

wohl der abdominale, als auch der vaginale Weg möglich sein. Die Laparotomie bietet auf alle Fälle aber eine bessere Übersicht und lässt auch Schwierigkeiten durch Verwachsungen mit der Umgebung leichter überwinden.

Ich erfülle noch an dieser Stelle die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. J. Veit, für die gütige Erlaubnis, dieses Thema zu bearbeiten und für die Überlassung des Materials, dem Herrn Privatdozent Dr. Heynemann für die freundliche Unterstützung bei Anfertigung der vorliegenden Arbeit, als auch bei der Beurteilung der mikroskopischen Präparate, meinen innigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Aman, Archiv f. Gyn. Bd. 42.

Bernard, Hans, Die geburtshilfliche Bedeutung der Doppelbildungen von Uterus und Vagina. Dissert. Leipzig 1904.

Birnbaum, Th., Untersuchungen über die chemische Zusammensetzung der Myome und der Uterusmuskulatur. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 33.

Bostetier, A., Zur Kasuistik der Missbildungen der weiblichen Genitalien. Strassburg 1904.

Czyzewig, Adam jun., Missbildung der Geschlechtsteile mit Myombildung kompliziert. Zentralbl. f. Gyn. No. 4.

Dala Rosa, Zeitschrift f. Heilkunde. Bd. 4. Prag 1883.

Fassbender, Geburtshilfe und Gynäkologie in den hippokratischen Schriften. 1897.

Franque v., Bluthaltige Cyste des Gartner'schen Ganges in der Wand eines Uterus bicornis, klinisch als Haemotometra lat. imponierend. Jahrgang 36. Bericht f. 1901. Bd. 2. Berlin 1902.

Füchtenbusch, Hermann, Beiträge zur Kasuistik der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes bei Vagina septa, uterus unicornis, bicornis und septus. Dissert. Strassburg 1903.

Galabin, B., Uterus didelphus witt fibroid tumor of one side. Transactions of the obstetricab society of London. Vol. 37. Forthe Year 1895. London 1896. Pag. 326.

Grätzner. Die Krankheiten des Fötus. Dissert. Breslau 1837.

Griffon, in den Bulletins de la sociétê anatomique de Paris 1895. Jahrgang 70.

Hegar, Alfred. Die Hämotametra in dem rudimentären Horn des Uterus unicornis. Beiträge zur Geburtshilfe und Gyn. Berlin 1874.

Hirsch, Otto. Uterus bicornis bicollis mit Hemiatresie des linken Hornes, Vagina subsepta und Ligament recto-vesicale. Diss. München 1901. R. Oldenburg.

Kehrer, Inaug.-Dissert. 1901. Giessen.

Knotz, Karl. Ein Fall von Doppelbildung der weiblichen Genit. Wiener Klin. Wochenschr. B. 9.

Krieger. Monatschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten. 1853. Bd. 12. p. 179.

Kussmaul. Von dem Mangel der Verkümmerung und Verdoppelung der Gebärmutter. Würzburg 1859.

Küstner, Otto. Lehrbuch der Gyn. 1908. Anatomie, Entwickelung und Störungen der weiblichen Genitalien.

Landau, L., Gebärmutter Myome bei jugendlichen Individien. Berlin. Klinik. Wochenschrift No. 16. S. 780.

Las Casas dos Santons. Missbildungen des Uterus. Zeitschrift für Geburt und Gynökol. Bd. 14. 1888.

Lockstäd, V., Über Vorkommen und Bedeutung von Drüsenschläuchen in den Myomen des Uterus. Diss.-Inaug. Königsberg 1898.

Lüneburg, Die Gynäkologie von Soranus, von Ephesus 1894.

Mainzer, Archiv f. Gyn. Bd. 57. S. 685 und 686.

Müller, Über mangelhafte Entwickelung der Genitalien und Missbildung d. Uterus.

Nagel, W., Berlin, Entwickelung und Entwickelungsfehler der weibl. Genitalien.

Veit, Handbuch der Gynäkol. Bd. 1. 1897. Pag. 519.

Nagels & Veits Arbeiten im Handbuch der Gynäkol. von Veit. Bd. 1.

Olshausen, Archiv f. Gyn. Bd. 2.

Orthmann, E. G., Fötale Peritonitis und Missbildung. Monatschr. f. Geburtsh. und Gyn. Bd. 25. S. 302.

Pick, Archiv f. Gyn. Bd. 52.

Rathke, Abhandlungen zur Bildungs- und Entwickelungsgeschichte der Menschen und Tiere. 1832.

v. Recklinghausen, Die Adenome und Cystadenome des Uterus und d. Tubenwand. Berlin.

Rieder, Über die Gartnerschen Kanäle beim menschlichen Weibe. Virchow Archiv f. Gyn. Bd. 96.

Roesger, Zur fötalen Entwickelung d. menschl. Uterus, insbesondere seiner Muskulatur. Festschrift d. Deutsch. Gesellschaft f. Gyn. Wien 1894.

Rosenthal, Haemotometra milateralis in cornu dextro uteribicornis. Petersb. Wochenschr. 1898. Nr. 10.

Jänger, M. und O. V. Herff, Encyklapädie d. Geburts- u. Gyn. 1900.

Schäffer, Archiv f. Gyn. Bd. 53.

Schatz, Archiv f. Gyn. Bd. 2.

Schell, Erlich, Über Gravidität bei Uterus bicornis septus cum Vagina septa. Dissert. München 1902.

Schottländer, J., Uterus bicornis unicollis cum Vagina subsepta. Cystenbildung und Drüsenwucherung im Bereich des linken uterinen und vaginalen Gartner-Gang-Abschnittes. Archiv f. Gyn. Bd. 81. H. 1.

Schumacher, Ernst, Geburten bei Bildungsanomalien des Uterus. Dissert. München 1900.

Tribukait, W., Ein Fall von Uterus bicornis, Vagina duplex. Inaug.-Diss. 1903. Königsberg. Tilsit.

Veit, J., Aetiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Prognose d. Myome. Handbuch der Frauenkrankheiten 1897. Bd. 2.

Wertheim, E., Wien, Schwangerschaft und Geburt bei Missbildungen d. Uterus v. Winckel Handbuch d. Geburtsh. Bd. 2. 1. Teil 1904. pag. 391.

Ziegler, Ernst, Lehrbuch. Patholog. Anatomie des weibl. Geschlechtsapparates.

Zillessen, Herm., Haematometra in dem verschlossenen rudimentären Horn eines Uterus bilocularis.

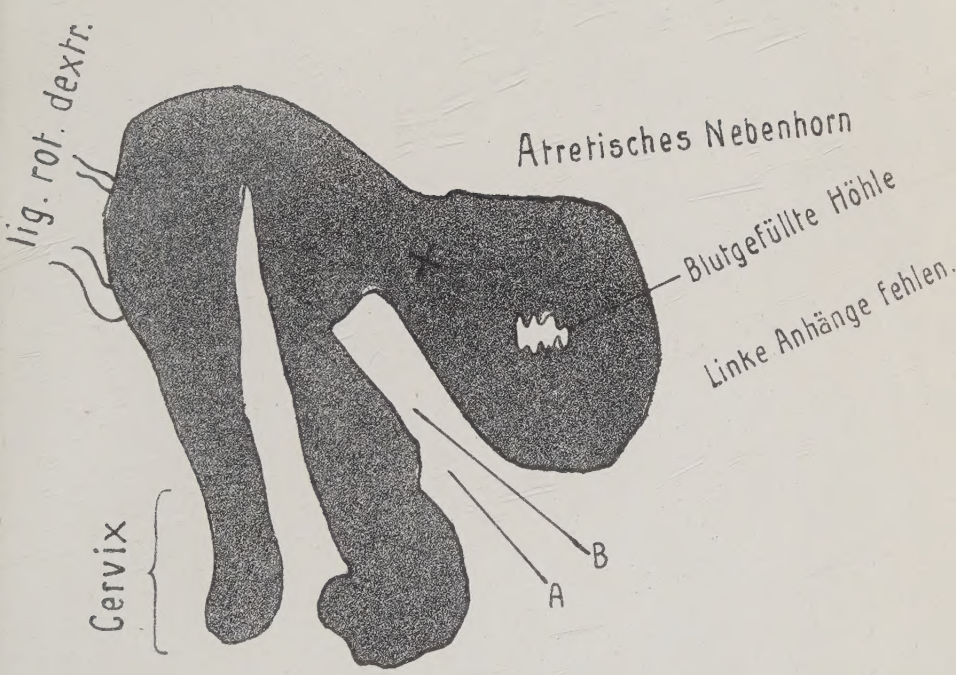
Lebenslauf.

Ich, Verfasser dieses, Jakow Podpach, bin am 2. September 1883 in Chabarowsk am Amour (Sibirien) geboren worden. Die erste Vorbildung genoss ich im Hause meiner Eltern, besuchte darauf das russische Staatsgymnasium zu Wladiwostock (Sibirien) 5 Jahre, ebenso das Gymnasium zu Blagowetschensk, wo ich am 7. Juni 1904 in demselben Gymnasium das Abiturienten-Examen bestand. Gleich darauf begab ich mich nach Tomsk, wo ich auf dortiger Universität im August 1904 in der Medizinischen Fakultät immatrikuliert wurde und ein Semester studierte. Nach meiner Prüfung wurden sämtliche Universitäten geschlossen und zwar wegen der damaligen Unruhen; als dann im Jahre 1904/06 der Krieg ausbrach, volontierte ich in den Lazaretten des Schlachtfeldes zu Mugden und Charbin. Am 23. November 1906 wurde ich in der Medizinischen Fakultät der Universität Halle S.-Wittenberg immatrikuliert und zwar auf Grund meines Reife-Zeugnisses. Bis Ende meines Studiums blieb ich in Halle S. und besuchte die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Dozenten:

Anton, Baumgarten, Bernstein, v. Bramann, Dorn, Eberth, Eisler, Fraenkel, Frese, Fromme, Gebhardt, Haasler, Grenacher, Harnack, v. Hippel, Hoffmann, Isemer, Klebs, Mohr, Roux, Schmidt-Rimpler, Ad. Schmidt, Stieda, Stoeltzner, Veit, Volhard, Vorländer, Winternitz und Wullstein.

Während meiner Studienzeit volontierte ich in der Medizinischen Klinik (Direktor Geh. Rat Prof. Dr. Ad. Schmidt), in der Med. Poliklinik (Direktor Prof. Dr. Mohr), in der Augenklinik (Direktor Prof. Dr. v. Hippel) und in der Haut-Poliklinik (Direktor Professor Dr. Hoffmann).

Allen genannten Herren, meinen hochverehrten Lehrern und Professoren spreche ich hiermit meinen innigsten Dank aus.


lig. rot. dextr.
Atretisches Nebenhorn
Blutgefüllte Höhle
Linke Anhänge fehlen.
Cervix
B
A